

OBS! Utskriven version kan vara inaktuell.

Senaste versionen hittar du via intranätet under "styrande dokument" eller vårdgivarwebben.



Gäller för: Kvinnokliniken Hallands sjukhus;
Privata gynekologimottagningar

Abort – habituell

Hitta i dokumentet

[Huvudbudskap](#)

[Bakgrund](#)

[Indikation för utredning](#)

[Riskfaktorer för att drabbas av upprepade](#)

[missfall](#)

[Utredning](#)

[Behandling](#)

[Prognos](#)

[Vårdnivå](#)

[Referens](#)

[Uppdaterat från föregående version](#)

Huvudbudskap

Patientgrupp som berörs är kvinnor < 40 år och hennes partner, som drabbats av minst tre konsekutiva missfall i första trimestern och inte har mer än ett gemensamt barn.

Standardiserad utredning ska ske och riktlinjen beskriver även åtgärder som kan/ska göras samt kortfattat kontroll/uppföljning.

Bakgrund

Spontan abort eller missfall inträffar i cirka 30 % av alla graviditeter, varav ca hälften är subkliniska och de allra flesta sker i första trimestern. Upprepade missfall enligt SFOG´s definition (3 eller fler konsekutiva missfall i första trimestern) uppskattas förekomma hos 0,5 –2,3 % av alla kvinnor. Internationell klassifikation av upprepade missfall varierar stort, allt från 2 på varandra följande eller sporadiska missfall före gestationsvecka 13 upp till vecka 22 varvid olika rekommendationer om utredning, behandling och prognos ses. För de flesta par kan utredning inte påvisa någon specifik orsak, så kallad oförklarade upprepade missfall, men vissa bakomliggande faktorer har identifierats med misstänkt ökad risk.

Indikation för utredning

- **Tre eller flera kliniska missfall**

Upprepade missfall definieras som tre eller flera konsekutiva kliniska missfall i första trimestern. Missfallen ska vara säkerställda med ultraljud eller klar anamnes på kliniskt missfall.

- **Kvinnan < 40 år**

Sporadiska missfall ökar markant efter 35 år. Risken för missfall i denna grupp beror oftare på åldersrelaterade än strukturella kromosomavvikelser. Beakta kvinnans ålder i samband med utredningen.

- **Par med max 1 tidigare gemensamt barn**

Utredning kan initieras både vid primära (hos kvinnor som aldrig fött barn) och sekundära (hos kvinnor som fött barn) upprepade missfall. Dock inte om paret har två eller fler gemensamma barn.

OBS! Utskriven version kan vara inaktuell.

Senaste versionen hittar du via intranätet under "styrande dokument" eller vårdgivarwebben.



Gäller för: Kvinnokliniken Hallands sjukhus;
Privata gynekologimottagningar

Risikfaktorer för att drabbas av upprepade missfall

Ålder

Kvinnans ålder är den största risikfaktorn. Ökad risk sker redan vid 30 års ålder, men efter 40 år är risikökningen betydande.

Genetik

Kromosomavvikelse är den vanligaste orsaken till sporadiskt missfall. Risken för graviditet med kromosomavvikelse korrelerar med stigande ålder hos kvinnan. Genetiska avvikelser hos par med upprepade missfall kan vara en bakomliggande risikfaktor. Balanserade translokationer hittas hos 2–5 % av par med upprepade missfall.

Livsstil

Rökning såväl som alkoholbruk (även mannens rökvanor) är en risikfaktor för att drabbas av missfall, men evidens för betydelse för upprepade missfall saknas.

Alkohol ökar risk för missfall i ett dosberoende förhållande.

Fetma, med ett body mass index (BMI) > 30 är förenat med ökad risk för upprepade missfall, medan undervikt bara visat sig associerat med enstaka missfall.

Ovanstående faktorer bör också värderas hos mannen, då livsstilen påverkar spermiekvaliteten.

Det saknas studier angående effekt av stress eller träning på risk för nytt missfall och det är också oklart om koffein ökar risken, då olika studier visar olika resultat.

Uterus anatomi

Förekomst av kongenitala uterusmissbildningar är associerat till upprepade missfall. Prevalensen varierar dock mycket i olika studier. Däremot ses inget säkert samband på förvärvade uterusavvikelser som förekomst av submukösa myom, endometriepolyper och intrautrina adherenser även om dessa ses vid utredning av upprepade missfall.

Endokrinologi

Såväl underfunktion som överfunktion hos tyreoida ökar risken för missfall.

Välbehandlad tyreoidasjukdom är inte associerad med ökad risk för missfall. Subklinisk hypotyreos med TSH mellan 2,5 och 3,7 mU/l (gränser kan variera på olika laboratorium, t.ex. är övre gränsen 4,0 på Unilabs) ökar inte risken för nytt missfall hos kvinnor med upprepade missfall.

Betydelsen av förekomst av tyreoidaperoxidas-antikroppar (TPOak) vid subklinisk hypotyreos och eutyreoida kvinnor är oklar.

Varken välbehandlad diabetes eller vitamin D-brist har visat något samband med missfall.

Trombofili

Förekomst av hereditär trombofili hos kvinnor med upprepade missfall är oklar.

OBS! Utskriven version kan vara inaktuell.

Senaste versionen hittar du via intranätet under "styrande dokument" eller vårdgivarwebben.



Gäller för: Kvinnokliniken Hallands sjukhus;
Privata gynekologimottagningar

Antifosfolipidsyndrom

Förekomst av antifosfolipidantikroppar har rapporterats hos mellan 5–20 % av kvinnor med upprepade missfall.

Utredning

Steg I

- Medicinsk och gynekologisk/obstetrisk anamnes.
- Hereditet (missfall, trombos.).
- Gynekologisk undersökning och ultraljud av uterus, vid behov hydrosonografi för kavitetsbedömning. Även 3D-ultraljud kan övervägas och i enstaka svårbedömda fall även MR.
- S-TSH, T4, kardiolipinantikroppar, B2-glykoprotein och Lupus antikoagulans.

Steg II, efter individuell bedömning

- Karyotyp hos både kvinna (ålder < 38) och man.
- Trombosutredning görs endast undantagsvis i utvalda fall hos patienter med riskfaktorer för trombofili, oftast vid stark hereditet. Detta då värdet av diagnostik och behandling är kontroversiell. (PK, APTT, trombocyter, antitrombin, protein C, fritt protein S, APC-resistens - Faktor V Leiden, Protrombin mutation - Faktor II).

Behandling

1. Intrakavitära förändringar, som polyper, myom och septa kan åtgärdas med hysteroskopisk resektion.
2. Vid nyupptäckt hypotyreos eller subklinisk hypotyreos hos kvinnor som har TSH > 3,7 mU/L initieras Levaxinbehandling.
3. Patienter med antifosfolipidsyndrom bör behandlas med lågdos acetylsalicylsyra (75 mg) i kombination med lågdos heparin, med start vid positivt graviditetstest. Samarbete ska tidigt initieras med specialistmödravården.
4. Trombofilibehandling enl. SFOGs ARG-rapport "[Hemostasrubbnings inom obstetrik och gynekologi](#)".
5. Det finns idag inte tillräckligt vetenskapligt underlag som stödjer någon form av profylaktisk medicinsk behandling för kvinnor med oförklarade upprepade missfall.
6. Det finns viss evidens för behandling med vaginalt progesteron ökar chansen till fullgången graviditet hos patienter med upprepade missfall, som söker för blödning i kommande tidig graviditet. Vaginalt progesteron ges 400 mg x 2 till och med graviditetsvecka 16.
7. Vid påvisad kromosomavvikelse hos paret ska de remitteras till klinisk genetik på Sahlgrenska för genetisk vägledning och därefter eventuellt IVF-behandling med hjälp av PGT (preimplantatorisk genetisk testning).
8. Psykologiskt stöd. Betydelsen av emotionellt och psykologiskt stöd är av största vikt, så kallat **tender, loving and care**, vilket många kvinnor i studier påtalat som kanske den viktigaste åtgärden.

OBS! Utskriven version kan vara inaktuell.

Senaste versionen hittar du via intranätet under "styrande dokument" eller vårdgivarwebben.



Gäller för: Kvinnokliniken Hallands sjukhus;
Privata gynekologimottagningar

Prognos

Prognosen är god. Cirka 40–80 % av alla som fått diagnosen upprepade missfall blir föräldrar. Ju lägre ålder hos kvinnan och färre antal missfall desto bättre prognos.

En dansk kohortstudie visar att inom 5 år efter utredning för upprepade missfall hade;

- 81,3 % i åldersgrupp 20–24 år, 69,9 % i åldersgrupp 30–34 år och 41,7 % i åldersgrupp 40 år och äldre, fött barn.
- 71,9 % efter 3 missfall, 50,2 % efter 6 missfall, fött barn.

Vårdnivå

Kvinnor med upprepade missfall ska utredas av specialist inom gynekologi och obstetrik, gärna i team på mottagning med specialintresse för ämnet.

Referens

Regional Medicinsk Riktlinjer Västra Götalandsregionen:

[Kvinnosjukdomar och förlossning - Vårdgivarwebben Västra Götalandsregionen](#)
[Upprepade missfall - handläggning](#)

[ARG Reproduktionsmedicin Rapport nr 81, 2019, kap. 8.](#)

[ESFEs guidelines för RPL, 2022](#)

[ARG Hemostasrubbnings inom obstetrik och gynekologi.](#)

Uppdaterat från föregående version

2025-09-18: Flertalet ändringar, bör läsas i sin helhet.